SECRETARÍA DE SALUD DE CUNDINAMARCA
MODELO DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD

FORMATO DE CANALIZACIÓN INDIVIDUAL A SERVICIOS DE SALUD

FECHA DE CANALIZACIÓN	**Feb-26**	E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA		
NOMBRE COMPIETO DEL USUARIO :	ROSA MARIA FUQUENE	**EDAD: 27 AÑOS**	**TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:**	1071144385
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	GUATAVITA		**DIRECCIÓN:**	**SANTA MARIA**
TELEFONO DE CONTACTO:	3124509174		**TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:**	
TIPO ASEGURAMIENTO:	SUBSIDIADO [ ] CONTRIBUTIVO [X] ESPECIAL [ ] VINCULADO [ ] SIN AFILIACIÓN [ ]		**EPS/EAPB**	FAMISANAR
Grupos de riesgo según RIAS	JUVENTUD	Canalización Equipo Básico		SI [ ] NO [ ]
Canalización equipos complementarios	SI [ ] NO [ ]	Canalización servicios institucionales	SI [ ] NO [ ]	Canalización a servicios sociales SI [ ] NO [ ]
IPS DE ATENCIÓN:				

SERVICOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO

1.CICLO DE VIDA	4.
2. PLANIFICACION	5.
3.PRECONCEPCIONAL	6.

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

AUTORIZACIÓN

Yo ROSA MARIA FUQUENE_____ Identificado (a) con _CC_ número _1071144385_____ por medio de mi firma SI X_ NO___ autorizo que mi información sea compartida con otras entidades en el marco del proceso de la presente canalización.

PROFESIONAL QUE CANALIZA		**USUARIO CANALIZADO**	
NOMBRE	MERCEDES CIFUENTES	**FIRMA**	ROSA MARIA FUQUENE
CARGO	AUXILIAR DE ENFERMERIA	**OCUPACIÓN**	EMPLEADA
FIRMA	MERCEDES CIFUENTES	**FIRMA**	ROSA MARIA FUQUENE

SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES

SERVICIO	**FECHA:**	**NOMBRE IPS:**	**NOMBRE DEL PROFESIONAL QUE PRESTO EL SERVICIO**
CICLO DE VIDA	**3/9/2026**	**HOSPITALSAN ANTONIO**	**SARA FERNANDEZ**
PLANIFICACION	**9/9/2026**	**HOSPITALSAN ANTONIO**	**ALEJANDRA LINERO**
PRECONCEPCIONAL	9/9/2026	HOSPITALSAN ANTONIO	ALEJANDRA LINERO

Documento elaborado por:	
Apoyo técnico:	
Fecha Elaboración	

INSTRUCTIVO FORMATO DE CANALIZACIÓN INDIVIDUAL A SERVICIOS DE SALUD
SECRETARIA DE SALUD-DIRECCION DE SALUD PUBLICA -ATENCION PRIMARIA EN SALUD (APS)
A continuación se presentan las instrucciones para el diligenciamiento de cada una de Ítems del formato de canalización individual
Fecha de la Canalización: Escriba la fecha en la que se canaliza al usuario en formato día-mes-año
E.S.E. Hospital de Referencia: Escriba el nombre del Hospital de referencia de su Municipio o IPS
Nombre Completo Usuario: Escriba los nombres y apellidos completos del usuario que se canalizo
Tipo de identificación y Numero de Documento :Diligenciar el tipo y numero de documento del usuario canalizado
Edad: Escriba la edad en años de usuario canalizado
Municipio: En este campo se diligencia el nombre del Municipio en donde se realiza la canalización
Dirección : Diligenciar la dirección completa y/o vereda donde reside el usuario canalizado
Teléfono del contacto : Diligenciar el numero de celular del usuario canalizado
Teléfono del contacto alternativo : Diligenciar el numero de celular de un familiar y/o vecino allegado del usuario canalizado
Tipo de Aseguramiento: Seleccione con una x el tipo de aseguramiento al cual corresponde el usuario
EPS/EAPB: Escriba la EPS, a la cual corresponde el usuario canalizado
Grupos de riesgo según RIAS: Escriba el grupo de RIAS al cual canalizo el usuario(guiarse por el cuadro que se encuentra al final del instructivo)
Canalización Equipos Básicos: Marque con una x al servicio de canalización que remite al usuario
IPS de atención: Escriba el nombre completo de la institución sonde remite al usuario
Servicio a los que se canalizo al usuario: En los espacios del 1 al 6, relacionar los servicios a los que se canalizo al usuario
Breve Descripción que Motiva la Canalización: Escriba detalladamente los motivos por los que canaliza a los servicios de salud al usuario y considera debe ser atendido con prioridad**.**
Autorización: Diligencie los datos y marque con una x si el usuario autoriza el tratamiento de sus datos personales.
Profesional que Canaliza: Escriba los datos y el cargo de el profesional que realizo la canalización en territorio al usuario, y posteriormente firma
Usuario Canalizado : Escriba los datos y ocupación del usuario que recibe la canalización, y posteriormente firma. En caso de que la persona canalizada sea menor de edad y/o adulto mayor de 80 años , deberá ir la firma y datos del responsable
Servicio de Salud Efectivos-Eficientes: Este espacio es único y exclusivo para diligenciar por el personal de la institución de salud que garantizo la atención al usuario. Se debe diligenciar el servicio y/o los servicios que se brindo , la fecha y el nombre del profesional que brindo la atención al usuario.
Tenga en cuenta que la veracidad y calidad del dato es importante en todos los proceso de salud

Grupos de riesgo según RIAS
Accidentes y enfermedades laborales
Alteraciones y trastornos visuales
Alteraciones nutricionales
Alteraciones y trastornos de la audición y comunicación
Alteraciones y trastornos de la salud bucal
Cáncer
Enfermedad cardiovascular aterogénico
Enfermedades huérfanas
Enfermedades infecciosas
Enfermedades respiratorias crónicas
Enfermedades zoonóticas
Materno - perinatal
Problemas en salud mental
Trastornos asociados al uso de spa
Trastornos degenerativos, neuropatías y enfermedad autoinmune
Violencias
Ninguno